



## CPD Provider Application Form

### CPD Provider Applicant Information

**Full Name (Arabic):**

**Full Name (English):**

**Provider country \*:**

**Web site:**

**Phone:**

**Email**

**Provider Address:** Street Address

**City**

**PO Box**

**Post Code**

**Short description about the provider organization \***

**Provider type \***

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Higher education institution                           | <input type="checkbox"/> Health care facility:<br>(Hospital/ Clinic/ Health center/ Other: -----) |
| <input type="checkbox"/> Medical societies/associations                         | <input type="checkbox"/> Foundations and other non-profit organizations                           |
| <input type="checkbox"/> Health professional education and publishing companies | <input type="checkbox"/> Other -----  |
| <input type="checkbox"/> Government agencies                                    |   |

**Official registration Number\*:**

**Year:**

**Place of registration:**

\*attach a copy of registration document

### Contact Person

**Full Name:**

**Position in the Organization:**

**Job:**

**Phone:**

**E-mail:**

**Address:**

**National ID # \*:**

\*attach a copy of national ID

**تعهد من مقدم "التطوير المهني المستمر"**

أقر أنا

والمقدمة للإعتماد كمقدم أنشطة "التطوير المهني المستمر" بكافة صحة البيانات المقدمة مني و بأنني قد إطاعت على الإصدار الأول (٢٠١٨) للوائح المنظمة للتطوير المهني المستمر الصادرة عن الهيئة المصرية للتربية الإلزامي للأطباء، وأنعهد بـإلتزام بها وبـأى تعديلات أو إضافات لها من قبل الهيئة.

التاريخ

ختم المنشأة

التوقيع

### For Office Use

**CPD Provider Name:**

**تاريخ الاستلام:**

**المستلم:**

**رقم التقدم:**

**ختم الهيئة:**